

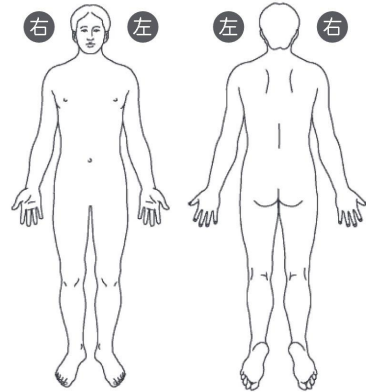
# 問 診 票

記入日 令和 2 年 月 日

ふりがな			生年月日
お名前	男 女	昭・平・令	年 月 日 ( 歳)
ご住所	〒 -		
電話番号	携帯：	15歳以下の方は体重をご記入下さい	
	自宅：		
職業			k g

①今日どのような症状でご来院されましたか。

かゆい 湿疹 痛い にきび いぼ はれ しこり けが  
 やけど 巻爪 傷痕 水虫 シミ・シワ ほくろの心配  
 その他 ( )



②その症状はいつからですか。 ( )

③症状の出ている箇所に○をつけてください。 →

④現在、治療中の病気はありますか。

いいえ・はい : 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝障害 腎臓病  
 甲状腺 膠原病 不整脈 緑内障 気管支喘息 気管支炎 その他 ( )

⑤現在、内服している薬がありますか。

いいえ・はい : お薬名 ( )

## ※お薬手帳お持ちでしたらご提示ください

⑥これまでに大きな病気はありましたか。

いいえ・はい : 病名 ( )

⑦薬のアレルギーはありますか。

いいえ・はい : お薬名 ( )

⑧女性の方へ

現在、妊娠中ですか。 いいえ ・ 可能性あり ・ はい (妊娠 ヶ月)

現在、授乳中ですか。 いいえ ・ はい

⑨当院をどちらで知りましたか。

通りがかり 当院ホームページ 家族 知人・病院の紹介 ( )

市役所掲示板 入口看板・チラシ その他 ( )

⑩通院手段はなんですか。

車 電車 バス 徒歩 自転車 バイク その他 ( )